

知内町不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

知内町長 様

医療機関 所在地  
 名称  
 代表者  
 電話番号 ( )

下記の者に対し、不育症治療に係る検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	( )	妻	( )
	生年月日		年 月 日生		年 月 日生
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
検査・治療内容 (該当する番号に○を付してください)		因子を特定するための検査	1. 子宮形態検査 2. 染色体検査 3. 内分泌検査 4. 抗リン脂質抗体検査 5. 凝固因子検査 6. その他 ( )		
		検査結果に基づく治療	1. 手術療法 2. 着床前診断 3. 甲状腺ホルモン剤 4. 抗甲状腺薬 5. インスリン 6. カウンセリング 7. 低用量アスピリン療法 8. ヘパリン療法 9. その他 ( )		
領収金額(※注1)		金		円	

※注1 治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用を除いた自己負担額を記入してください。